

# Patientens utsägliga plåga – hur

Allmänläkare ställs ofta inför frågan om och när en patients kroppsupplevelser motsvaras av den sjukdom de för tanken till och när de är uttryck för försök att maskera eller mildra en personlig kris. Många försök har gjorts att utesluta biomedicinskt svårbegripliga problem ur vårt ansvarsområde. Faktum kvarstår: patienter har ofta problem som kan missuppfattas. Därför behövs en tanke- och arbetsmodell som gör det möjligt att förstå och hantera så kallat obestämt lidande [1] på ett bestämt sätt.

Mänskliga svårigheter presenteras ofta som medicinska problem. I början av vårdkedjan – från patienters försök att göra sig förstådda till upplösningen av plågan – behövs en länk, en läkare som kan se och förhålla sig konstruktivt till det som ibland utdefinieras som icke-medicinskt eller förses med en »nöddiagnos» och då löper risk att medikaliseras.

Syftet med min fallredogörelse här är att lyfta fram värdet i att kunna möta patienter också när de saknar – inte nödvändigtvis tal men – ord för sitt lidande. Deras tal bär ofta nyckeln till förståelsen av också de sjukdomsupplevelser som håller dem omedvetna om sitt otänkbara lidande.

Berättelsen om Birgitta skrevs ner omedelbart efter vårt första möte, tolkades och kompletterades efter senare kontakter. Den innehåller mina tankar om Birgittas dilemma och avser belysa vad reflektioner kring samtal med patienter kan bidra med i mötet med en person vars lidande är obegripligt utifrån en traditionell biomedicinsk begreppsräm. Berättelsen byggs upp för att illustrera teorin om människan som existentiell, framåtsyftande varelse och hur hon kan gå upp i kroppen för att undkomma framtiden.

Franz Kafka visar i *Processen* (bl a) att människan går under av att inte våga eller kunna röra sig in i framtiden, att inte orka fullfölja sitt unika mönster av möjligheter [2]. Herr Ks arrestering hindrade ju inte hans fysiska rörelse. Ingen kunde hjälpa Josef K. Han var både anklagad och fängslad av sig själv.

**Berättelsen om ett möte:** Birgitta, 60, söker oanmäld. Hon är ledsen och upprörd och har en något äldre väninna med sig. Den senare avbryter mig under mina inledande frågor och talar om att Birgitta lider av panikångest, att hon nu har något svårt fel med hjärtat och behöver remiss till närmaste sjukhus. Hon säger också att tidigare läkarbesök mest har lett till att Birgitta förnedrats och

inte fått någon hjälp. Vid t ex närmast föregående besök, klockan fem en vardagsmorgon, när Birgitta försökt att berättas om sina krämpor, lär läkaren ha sagt: »Och vad ska jag göra åt allt detta så här dags på dygnet?» Också den gången hade hon sökt för att bli remitterad till sjukhus.

I journalen ser jag att min kollega har sett att alla tänkbara kroppsligt riktade undersökningar redan var gjorda och behandlingsförslag givna. När jag svarade väninnan, att min kollegas reaktion var rimlig, anklagade hon mig för att vara »precis lika nonchalant som alla dom andra».

När Birgitta och jag blev ensamma talade hon om att hon länge, alltför länge, hade levt med en våldsam och alkoholiserad man, att hon var orkeslös, sömnlös, hade ständig värk överallt, hjärtklappning och nattlig ångest och att hon var ensam sedan många år. Mot slutet av samtalet berättade hon om sina två katter. Den ena hade nyligen dött och den andra, »kattpojken», var sjuk.

Upplysningen om katterna kom som svar på en fråga som jag ofta ställer, när jag anar att upplevda krämpor kanske inte har någon medicinskt förklarbar grund. Jag undrade om Birgitta ville berättas om sina framtida planer [3]. Hon drog ett djupt andetag, suckade, sjönk



*Dialogue Based Medicine*

# möta tystnadens oväsen?

ihop och sade dröjande med tårar i ögonen: »Jag har inga planer ... ska bara försöka orka begrava pojken (hankatten).»

Birgitta såg troligen att jag kände intensiteten i hennes ensamhet och isolerings, det som lett till att vänner och läkare hade försökt förklara och försvara sig, inte vågat förstå hennes vilja att bli sedd. De hade kanske inte stått ut med att möta och hålla [4] hennes »outsägliga» plåga.

Bilden började klarna. Birgitta insåg att jag ville hjälpa henne och att jag hade mer tålamod än hennes väninna. Kanske var det därför som hon vid ett senare möte orkade ta till sig essensen i vår ytligt sett djärva sammanfattning:

»Jag tror att jag förstår varför du söker akut, Birgitta. Du behöver dina krämpor! Du söker missförstånd. Och du ser också hur det kan gå. Också jag var jäktad när du kom första gången och på vippen att bete mig så att du hade kunnat få anledning att åka hem, arg och besviken. Och då hade du också fått skäl, inför dig själv, att odla vidare dina plågor. Varför odlar du dem då? Jo, då kommer du undan den otäcka tanken att du själv kan ha ansvar för att återfinna din egen rörelse i tiden. När du i tid och otid håller tillbaka det som pockar på att göra sig hört, har du kortsiktigt nytta av att ha det läkare kallar panikångest, yrsel, migrän, kronisk värk, utbrändhet osv. Etiketterna saknar visserligen vetenskaplig grund, men de ger dig garanti för att du har drabbats av något och att du inte kan rå för det.

Den som är drabbad ska tas om hand, en grundläggande etisk sanning. Han eller hon har inte personligt ansvar för att göra sig kvitt detta, sin 'drabbadhet'. Nu kan du kalla dig sjuk, precis som andra som med sina 'sjukdomar' också håller på avstånd det som de inte orkar kännas vid. Med hjälp av samma namn kommer också läkare undan tanken att de inte förstår dig och dina plågor. Poängen är att den medicinska etiketteringen friar både dig och läkaren från ansvar för att göra något åt den uppenbara plågan. Den kan odlas vidare som utfyllnad av den icke-uppenbara tomhet vars stämman inte får börja röra på sig och göra sig hörd.

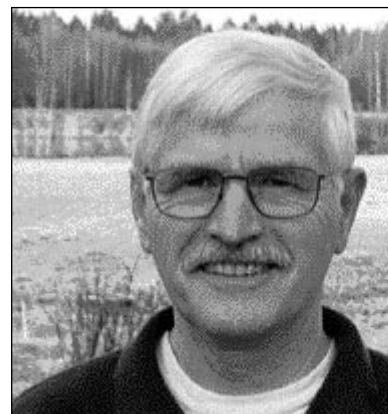
Du har ingen förklarbar sjukdom, inget tillstånd, inga orsaker och verkningar att leta efter. Du varken orkar eller vågar se framåt. Eftersom du inte är i stånd att fullfölja ditt unika mönster av möjligheter, måste vi tillsammans försöka förstå, inte varför, utan vad du odlar och lever ut dina sjukdomsupplevelser för [3]. Vilket dolt syfte har du? Det är din personliga, om än omedvetna avsikt med sjukdomsupplevelserna som vi ska ha i tankarna. För mig är den icke-uppenbara, inte den uppenbara, plågan den intressanta. Vad är det du håller borta? Och vad är det vi läkare inte vill veta av? Vad överröstar vi med våra fantasifulla sjukdomsbeteckningar? Vad, i ljuset av vår respektive framtid [2], betyder det som vi nu tycker oss kunna enas om? Varför 'väljer' du sjukdom i stället för att släppa fram det inom dig som nu överröstas av allt kroppsligt oväsen? Vi måste tillsammans försöka förstå vad det är i ditt särskilda, personliga, symbolrum som du inte står ut med.

Jag tror vi kan använda metaforen 'kroppen som det otänkbaras uttolkare'. Om nu det som inte får tänkas tar sig uttryck i fysiskt lidande och förmedlas med talade ord, så är det viktigt att den man riktar sig till förstår, inte det som uttryckligen sägs, utan det som det sagda döljer. Är det så att du om och om igen söker läkare, inte för att få hjälp för det som du till synes lider av, utan för att kunna behålla det? Är det bara slumpen som gör att du söker när läkare är asgrå i ansiktet av trötthet och när akutmottagningen är som mest belastad?

Också alkoholisten kommer ofta freddag, fem i fem. Då är möjligheten att bli missuppfattad som störst. Då kan han ge sjukvården skulden för sitt fortsatta helgsupande. Frihet från ansvar för sin av framtiden hotade historia är ibland också alkoholistens möjlighet under sina akuta läkarbesök.

Du kan omedvetet framställa dina krämpors karaktär så att läkare misslyckas med att förklara vari felet består. Detta kan leda till ytterligare utredningar, fler besök och kontakter. Förr eller senare riskerar du träffa en läkare som ger din odlade 'sjukdom' näring.»

**Jag vågade säga** som jag gjorde till



## KRÖNIKÖR

OLLE HELLSTRÖM

distriktsläkare, Vansbro.

e-post: [olle.hellstrom@ltdalarna.se](mailto:olle.hellstrom@ltdalarna.se)

”När patienten behöver sin sjukdomsupplevelse för att urskulda sitt svek mot sig själv, för att hon inte orkar fullfölja sin kallelse, kopplad till livsplanen, ska läkare inte sanktionera flykten.”

Birgitta, eftersom jag såg att hon kände att jag ville hjälpa henne på ett konstruktivt sätt. Sådan hjälp kräver samverkan. Hon kunde inte luta sig tillbaka och tro att hon hade ett fel att rätta till, som andra har skyldighet att identifiera och behandla.

En av Birgittas omedelbara krav vid vårt första möte var att få svar på om hon var inbillningssjuk, hypokondrisk eller om hon hade en »verklig» sjukdom. Vi kom tillsammans fram till att hennes lidande var outsägligt, dvs saknade ord, och att hennes ordburna upplevelser var både en strategi och en uppenbar plåga.

Hur skulle hon få mig att förstå det hon inte själv hade ord för? Än svårare ▶

blev det när hon omedvetet utnyttjade ordlösheten för att få odla vidare sin sjukdomsupplevelse [5]. Utan den var hon utlämnad åt sitt utsägliga, nu tysta lidande. När lidandet en gång är benämnt – som i många sagor – är dess energikrävande försvar upplöst. Lösningen ligger i att våga benämna, ge svar på gåtan. Då kan det stelnade försvaret för rättigheten att odla vidare den uppenbara plågan lösas upp. Individens själv måste finna svaret på gåtan för att »få hälsan och halva meningsvärlden».

Läkare vill också bli förstådda. Den som anar att dialogen är lösningen kan få ta del av patienters bekräftelser på egen utvecklad dialogfärdighet. En viktig del av läkarkompetensen är att visa mod att skapa ett oskyddat möte, utan biomedicinska teorier och andra försvar. Att föreställa sig att tid saknas för möten är ett sätt att komma undan ansvaret för att inte ha försökt ta reda på vad en människa är. Det krävs kunskap om människan för att möta patienter. Diagnostikern ser – eller snarare iaktar – människor som föremål för sin diagnostiska kunskapsutövning.

Birgitta har en stormig historia. Den kommer bara till sin rätt när hon ser och berättar den i ljuset av framtiden. I relation till sin exmake var hon ett ting som krympte den särskilt mänskliga framtidsaspekten av sin »på väg-varo» till att gälla enbart hennes historia och nutid [2]. Ett ting kan bli slaget utan att någon ställs till svars. Som ting är hon utsatt för väder, krämpor och läkare.

Kattens förestående död är en påtaglig påminnelse om framtidens närvaro. Därför gråter hon som mest då hon tar upp hur hon sörjer. Att hon alls berör detta hos mig ser jag som bekräftelse på att hon är trygg i mötet, vågar visa tillit, riskera att ta upp något som hon inte kan veta om hon får känslomässigt önskat gensvar på.

Vi enas om att fortsätta kontakten. Det blir inte tal om utredningar, remiss till organspecialister eller krav på diagnostik. Genom att arbeta hälsoförlösande, blir det naturligt att respektera Birgitta som person [3]. Jag avstår från mitt diagnostiska mål och önskan att styra mötet i biomedicinsk, trygg riktning. I stället vägleds jag av det som växer i dialogen. Genom att jag avstår från riktade frågor och lyssnar blir också hon beredd att lyssna.

Fastän berättelsen om mötet med Birgitta kan se ut att visa att enbart jag talade, så skapades insikterna bakom talet genom fortlöpande dialog. Utan den hade jag inte fått veta mer än det medicinskt förklarbara. När diagnos är målet har läkare inte samma generösa utrymme för det nya, spontana, oväntade. Då är det knappast läge att tala om katter. Den detaljen var ett nyckelmoment i förståelsen av Birgittas situation. Hade jag tillskrivit hennes upplevelser en biomedicinsk föreställning, hade jag riskerat att förväxla hennes lidande med mina egna fördomar.

När dialog är målet söker läkare och patient det möjliga tillsammans genom att ständigt vara beredda att ompröva det som visar sig i mötet. »Dialogue based medicine» är för allmänläkaren det »evidence based medicine» är för organspecialisten.

Målet i mötet är att patienten själva ska återfinna sin väg, den orientering hon var hemmastadd med och upprätthöll innan hon »blev sjuk». Är hon inte på väg, sin väg, sviker hon sina möjligheter. Det läkare med sin medicinska kartbild ofta tolkar som sjukdomssymtom kan vara patientens försök att i sin vilsegångenhet finna hjälpligt fungerande lösningar och att undkomma ansvaret för sin befarade oförmåga att fullfölja en unik, egenhändigt skapad livsplan [6]. När patienten behöver sin sjukdomsupplevelse för att urskulda sitt svek mot sig själv, för att hon inte orkar fullfölja sin kallelse, kopplad till livsplanen, ska läkare inte sanktionera flykten.

**I ovanstående berättelse** och resonemang kan vi skönja en möjlig förklaring till en rad periodiskt förekommande, vetenskapligt oförklarade sjukdomsepidemier, t ex fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, utbrändhet och el-allergi. Vi kan förstå närvaron av dessa begreppsliga nyckelbegrepp. Varken patient eller läkare avviker gärna från sin upplevt kända väg. Vad gäller läkare har innebörderna i många medicinska föreställningar formats och befästs under lång studietid och praktisk utbildning och är starkt knutna till yrkesidentiteten.

Alla har vi våra flyktstrategier när det ännu icke namnsatta, okända, kommer för nära. Det är förenat med vånda att ompröva en distanserat fel-

sökande hållning och gå in i öppet samarbete med patienten. I stället för att ompröva och rekonstruera våra grundläggande föreställningar om den sjuka människan och medicinen som vetenskap och praktik kompletterar vi gärna gångbar teoretisk kunskap med fantasifulle begeppsnbyggnader, till exempel »psycho-neuro-endokrino-immunology» [7]. Sedan hankar vi på.

**Med fallbeskrivningen** vill jag belysa värdet av att tänka på vad en människa är, vad hon kan tänkas vilja säga i avsaknad av konstruktiva ord och med sin tystnads oväsen. Läkare har nytta av en genomtänkt människosyn, en kunskaps- och vetenskapsyn och ett humanmedicinskt perspektiv på vård och på mötet. Då kan en hållning utvecklas, en attityd i arbetet, som gör det lättare att förstå och hjälpa också de människor som eljest riskerar att stötas bort så att de aldrig lämnar värden (sic!).

Fallbeskrivningen är det bästa, kanske enda sättet att sprida den typ av kunskap som allmänläkare har mest nytta av. Teoretiskt välgrundade berättelser om mänskliga dialoger kan förmedla och inspirera läkare att utveckla sin förmåga att höra det osagda och att förhålla sig så att människor själva får syn på det som fånglar deras rörelser i tiden. En sådan verksamhet är kanske svår att evidensbasera, men den är likväl oundgänglig för att undvika medicalisering, för att lotsa människor ut ur låsta föreställningar om ohälsa, för att effektivisera samarbetet mellan primär och sekundär vård och för att förlösa patienters förmåga att se, förhålla sig till och frigöra sin förmåga att fullfölja sina unika mönster av möjligheter.

## Litteratur

1. Malterud K. Allmennpraktikerens möte med kvinnelige pasienter. Allmennpraktikerserien. Tano, 1990.
2. May R. Den omätbara människan. Stockholm: Bonniers Fakta Bokförlag AB, 1986.
3. Hellström O. Patienten som person. Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik [dissertation]. Umeå University Medical Dissertations. New Series No 585. Umeå, 1999.
4. Winnicott DW. The maturational process and the facilitating environment. New York: International Universities Press Inc, 1984.
5. Sveen K. Det kultiverade lidandet. Göteborg: Daidalos, 2000.
6. Pörn I. Health and adaptedness. Theor Med 1994; 14: 295-304.
7. ICPM, 16th World Congress on Psychosomatic Medicine, 1st announcement. 1999.